

Middelenafhankelijkheid en depressie

Richtlijnen en protocollen

Deze rubriek informeert over richtlijnen en protocollen die zijn ontwikkeld door het sinds 1999 opgezette landelijke project Resultaten Scoren. Ook elders ontwikkelde protocollen en richtlijnen worden in deze rubriek samengevat. De rubriek staat onder redactie van Wim Buisman*, onder meer werkzaam als secretaris van de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling in de verslavingszorg bij GGZ Nederland.

Inleiding

Depressie en (alcohol)verslaving - of beter: middelenafhankelijkheid - worden tegenwoordig wel als de twee grote geestelijke 'volksziekten' beschouwd. In het kader van het project Resultaten Scoren is een handleiding en protocol voor de behandelaar opgesteld over beide probleemgebieden en hun samenhang (Guiot, Smeerdijk, Franklin & Kuiper, 2007).

Bij veel mensen met depressieve klachten is er tevens sprake van problematisch middelengebruik. Anderzijds hebben mensen met middelenafhankelijkheid veelal psychische klachten. Depressieve klachten en middelenproblematiek kunnen uit elkaar voortvloeien, maar ze kunnen ook naast elkaar bestaan en zo elkaar versterken. Bij zulke comorbiditeit is de diagnostiek en de daarop volgende behandeling een complexe zaak. Zo blijkt een toename in ernst van de ene stoornis gepaard te gaan met een toename in de ernst van de andere problematiek. In de hier besproken handleiding staan de cognitieve gedragstherapeutische behandeling en de behandeling van de depressie centraal.

Definities

De handleiding geeft inhoudelijke en organisatorische aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van de dubbele diagnose depres-

* E-mail: wbuisman@ggz nederland.nl.

sie en middelenafhankelijkheid. Volgens de DSM-IV-TR wordt van een (klinische) depressie gesproken als er sprake is van of een gedeprimeerde stemming of van het verlies van belangstelling of genoegens. Daarnaast moet er sprake zijn van minstens vier andere symptomen, zoals een verstoord slaappatroon, een gevoel van schuld of een verminderde eetlust. Van middelenafhankelijkheid is sprake als iemand meer middelen gebruikt of meer gokt dan hij wil en het gebruik of het gokken niet meer in de hand heeft. Men is er ook een groot deel van de dag direct of indirect mee bezig.

Die afhankelijkheid is een primaire ziekte of biologische kwetsbaarheid, een door middelen geïnduceerde kwetsbaarheid of een die secundair is ontstaan door levensomstandigheden of een psychiatrische stoornis. Door de middelenafhankelijkheid kunnen verschillende psychiatrische symptomen of stoornissen ontstaan, zoals een depressie. Bij het gelijktijdig voorkomen van een psychiatrische en een middelgebonden stoornis spreekt men van comorbiditeit.

De handleiding is niet bedoeld voor cliënten bij wie de afhankelijkheid ernstig of chronisch is. In dat geval moet de behandeling zich primair richten op de middelenafhankelijkheid. Voorbeelden daarvan zijn cliënten met jarenlange polymiddelenafhankelijkheid of cliënten die opioïde afhankelijk zijn en nog niet zijn ingesteld op methadon.

Zorgtraject I: behandeling van de middelenafhankelijkheid

Een goede diagnostiek en behandeling vergen een duidelijke en strakke fasering van het geïntegreerde zorgtraject. De organisatie van de zorg voor cliënten met een dubbele diagnose is gecompliceerd en kan per instelling verschillen. Essentieel is dat de cliënt ervaart dat de verschillende onderdelen van het zorgaanbod goed op elkaar aansluiten en dat een eventuele doorverwijzing op een vertrouwenwekkende manier is georganiseerd. De behandeling van de middelenafhankelijkheid en die voor de depressie kunnen door verschillende behandelaars uitgevoerd worden, mits tussen hen een goede persoonlijke samenwerking bestaat. De volgende fasen dienen in het traject achtereenvolgens doorlopen te worden.

Het doel van de eerste fase (intake) is om cliënten met een comorbide depressie en middelenafhankelijkheid zo vroeg mogelijk op te sporen. De screening en het assessment die deel uitmaken van de intake, kunnen zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg als binnen de verslavingszorg geschieden. De handleiding beschrijft met stroomschema's de procedures die bij de intake in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg gevolgd moeten worden. Daarnaast verwijst de handleiding naar de meetinstrumenten zoals de EuropAsi

en MATE(-Crimi) die in gebruik zijn voor middelenafhankelijkheid, naar het (semi-)gestructureerd diagnostische instrument de MINI, en naar ernstlijsten zoals de BDI, HDRS, MADRS en IDS voor het vaststellen van de mate van depressiviteit. In deze eerste fase dient ook een medische screening verricht te worden.

De tweede fase bestaat uit een detoxificatie die altijd door een arts wordt begeleid en die klinisch of ambulant kan worden uitgevoerd. Cliënten die alleen het gebruik willen minderen kunnen deze fase overslaan. De derde fase is de vervolgdagnostiek en evaluatie, die dient om de ernst van de depressieve stoornis in te schatten.

In de volgende (vierde) fase, de behandeling, gaat de aanpak van de middelenafhankelijkheid vooraf aan die van de depressie, omdat de depressieve klachten mogelijk geïnduceerd zijn door het gebruik en omdat de invloed van de gebruikte middelen de behandeling verstoort. Bovendien kan de behandeling van de middelenproblematiek een positieve invloed hebben op de depressie. De behandeling van het gebruik geschiedt met cognitief gedragsmatige interventies, zoals leefstijltrainingen. Bijzondere aandacht dient uit te gaan naar het effect van antidepressiva op alcohol- en opioïdegebruik, terwijl soms ondersteuning met anti-cravingmedicatie gewenst is. Al deze factoren maken dat er een arts bij de interventies betrokken moet zijn.

Uit onderzoek blijkt dat depressieve klachten bij cliënten met middelenafhankelijkheid vaak een ernstiger en langduriger beloop hebben dan bij cliënten zonder deze stoornis.

Zorgtraject II: behandeling van de depressie

Wanneer cliënten zes weken abstinente zijn geweest, kan gestart worden met de behandeling van de depressie. Contra-indicaties voor deelname aan deze module zijn mensen die suïcidaal of psychotisch zijn of die een sterke mate van (sociale) angst hebben. De handleiding staat uitgebreid stil bij de beschrijving van de tien verschillende sessies (steeds 105 minuten) die de groepsbehandeling van depressie vormen. De deelnemers wordt uiteraard op het hart gedrukt zo mogelijk altijd aanwezig te zijn. De training wordt begeleid door een trainer en een cotrainer.

Achtereenvolgens zijn er zittingen die gewijd zijn aan kennismaking en uitleg over de inhoud en structuur van de training, daarna twee sessies met als onderwerp reactivatie. Dit omdat mensen die zich depressief voelen over het algemeen minder plezier aan activiteiten ervaren dan voorheen, waardoor hun activiteitsniveau afneemt. In deze

twee bijeenkomsten komen bijvoorbeeld aan de orde piekermanagement, slaaphygiëne en het onderscheid tussen situatie, gedachte en gevoel.

De daarop volgende bijeenkomst heeft als thema het identificeren van belemmerende gedachten. Dan volgt er een bijeenkomst over denkfouten en vervolgens twee bijeenkomsten over het uitdagen van negatief ervaren gedachten. De achtste sessie is gewijd aan positieve eigenschappen, de waarden en het zelfbeeld van cliënten en de negende bijeenkomst aan terugvalpreventie en het voorbereiden op de laatste en tiende sessie. Daarin zijn de onderwerpen de evaluatie van de training en het maken van een terugvalpreventieplan waarin het uitdagen een belangrijke plaats inneemt.

Meer informatie

Guiot M.G.H., Smeerdijk A.M., Franklin L.C., & Kuiper B.J.H. (2007). *Middelenafhankelijkheid en depressie: handleiding en protocol*. Amersfoort: GGZ Nederland, Resultaten Scoren.

Deze publicatie, voorzien van een samenvatting van de geraadpleegde literatuur, is te bestellen tegen kostprijs of (gratis) te downloaden via www.ggznederland.nl > Beleid in de ggz > Publicaties Resultaten Scoren (onder Verslavingszorg).